



Identificación de la paciente

N.º de programa ____

N.º de ID _____

Fecha de la evaluación ____ / ____ / ____ (mm/dd/aaaa)

Apellido _____
LETRA DE IMPRENTA

Nombre _____
LETRA DE IMPRENTA

Antecedentes médicos de la paciente

<p>1. ¿Tiene colesterol alto?</p> <p><input type="radio"/> 1. Sí</p> <p><input type="radio"/> 2. No</p> <p><input type="radio"/> 3. No sabe/No está segura</p>	<p>1a. ¿Toma algún medicamento para bajar su colesterol?</p> <p><input type="radio"/> 1. Sí, estatina</p> <p><input type="radio"/> 2. Sí, otro medicamento recetado</p> <p><input type="radio"/> 3. No</p> <p><input type="radio"/> 4. No sabe/No está segura</p>	<p>1b. En los últimos 7 días, ¿cuántas veces tomó el medicamento que le recetaron para bajar el colesterol?</p> <p>___ Días</p> <p><input type="radio"/> No sabe/No está segura</p>
<p>2. ¿Tiene hipertensión (presión arterial alta)?</p> <p><input type="radio"/> 1. Sí</p> <p><input type="radio"/> 2. No</p> <p><input type="radio"/> 3. No sabe/No está segura</p>	<p>2a. ¿Toma algún medicamento para bajar su presión arterial?</p> <p><input type="radio"/> 1. Sí</p> <p><input type="radio"/> 2. No</p> <p><input type="radio"/> 3. No sabe/No está segura</p> <p>2c. ¿Mide su presión arterial en casa o usa otras fuentes calibradas?</p> <p><input type="radio"/> 1. Sí</p> <p><input type="radio"/> 2. No, nunca me dijeron que lo hiciera</p> <p><input type="radio"/> 3. No, no sé cómo medirla</p> <p><input type="radio"/> 4. No, no tengo los equipos para medirla</p> <p><input type="radio"/> 5. No sabe/No está segura</p>	<p>2b. En los últimos 7 días, ¿cuántas veces tomó el medicamento que le recetaron (incluidos los diuréticos) para bajar su presión arterial?</p> <p>___ Días</p> <p><input type="radio"/> No sabe/No está segura</p> <p>2d. ¿Con qué frecuencia mide su presión arterial en casa o usa otras fuentes calibradas?</p> <p><input type="radio"/> 1. Varias veces por día</p> <p><input type="radio"/> 2. Diariamente</p> <p><input type="radio"/> 3. Algunas veces por semana</p> <p><input type="radio"/> 4. Semanalmente</p> <p><input type="radio"/> 5. Mensualmente</p> <p><input type="radio"/> 6. No sabe/No está segura</p> <p>2e. ¿Comparte habitualmente las lecturas de su presión arterial con un proveedor de atención médica para recomendaciones?</p> <p><input type="radio"/> 1. Sí</p> <p><input type="radio"/> 2. No</p> <p><input type="radio"/> 3. No sabe/No está segura</p>
<p>3. ¿Tiene diabetes? (de tipo 1 o 2)</p> <p><input type="radio"/> 1. Sí</p> <p><input type="radio"/> 2. No</p> <p><input type="radio"/> 3. No sabe/No está segura</p>	<p>3a. ¿Toma algún medicamento para bajar la glucosa en la sangre (para la diabetes)?</p> <p><input type="radio"/> 1. Sí</p> <p><input type="radio"/> 2. No</p> <p><input type="radio"/> 3. No sabe/No está segura</p>	<p>3b. En los últimos 7 días, ¿cuántas veces tomó el medicamento que le recetaron para bajar su glucosa en la sangre (diabetes)?</p> <p>___ Días</p> <p><input type="radio"/> No sabe/No está segura</p>